

## DIRECTIVES DE PLACEMENT – ÉPARGNE-RETRAITE

**FORMULAIRE DYNAMIQUE :** Ce formulaire génère les sections applicables en fonction des produits et options sélectionnés à la première page. Pour prendre en charge cette fonctionnalité, le formulaire doit être téléchargé sur votre ordinateur et ouvert avec Adobe Acrobat. Il n'est pas compatible avec les appareils mobiles et autres visionneuses PDF.

Dans le présent formulaire, les termes « vous », « votre », « vos » et « titulaire » renvoient à toute personne titulaire de contrat. Les termes « nous », « notre » et « nos » renvoient à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'Assurance vie Équitable). Une conseillère ou un conseiller peut remplir le présent formulaire si une autorisation de négociation limitée paraît au dossier.

### Renseignements sur le contrat

Nom de toute personne titulaire de contrat : \_\_\_\_\_

Numéro de tout contrat : \_\_\_\_\_

### Choix du produit et de la demande

**Fonds indispensables Sélects (sélectionner toutes les options qui s'appliquent) :**

Directives relatives aux placements pour de l'argent frais ou les dépôts futurs

    Cocher la case s'il s'agit d'un dépôt non enregistré égal ou supérieur à 100 000 \$

Achats périodiques par sommes fixes

Substitutions

Réinitialisation

OU

**Compte à intérêt garanti et produits de fonds distincts d'origine (sélectionner toutes les options qui s'appliquent) :**

**(les produits d'origine comprennent le portefeuille de placement personnel et les Solutions indispensables SFA/FAR/II)**

Directives relatives aux placements pour de l'argent frais ou les dépôts futurs (fonds distincts)

    Cocher la case s'il s'agit d'un dépôt non enregistré égal ou supérieur à 100 000 \$

Achats périodiques par sommes fixes

Substitutions

Réinitialisation

Rééquilibrage de l'actif

Fournir des directives relatives aux placements pour de l'argent frais ou des dépôts futurs (CIG)

    Cocher la case s'il s'agit d'un dépôt non enregistré égal ou supérieur à 100 000 \$

Majoration du taux d'intérêt du CIG

Garantie de taux d'intérêt du CIG

## DIRECTIVES DE PLACEMENT – ÉPARGNE-RETRAITE

### Directives spéciales

### Convention et signatures

Toute personne soussignée a reçu et accepte tous les renseignements et les directives énoncés ci-dessus et convient également que :

- Les affectations des primes et les options de placement automatique choisies demeurent en vigueur jusqu'à ce que la Compagnie reçoive une demande de modification par écrit de la part des titulaires de contrat.
- Les affectations des primes, les transferts et les options de placement automatique sont assujettis aux minimums stipulés dans votre contrat.
- Les directives relatives aux dépôts remplaceront toute directive précédente ou tout placement automatique.
- Tout transfert d'un autre produit pourrait entraîner des frais de vente ou une perte des garanties.
- Si les fonds transférés reçus comme dépôt dans le CDG dépassent 110 % du montant précisé dans la section de la garantie de taux, nous pourrions rajuster le taux garanti pour le montant en surplus.
- Les renseignements personnels que vous avez fournis de plein gré dans le présent formulaire de directives de placement seront utilisés par nous aux fins de souscription, de service, d'administration, de traitement et d'évaluation des demandes de réclamation qui sont liées à la présente demande ainsi qu'à tout contrat qui en découle et tout document complémentaire. Les renseignements figurant au dossier sont accessibles pour les usages décrits mentionnés ci-dessus au personnel autorisé ainsi qu'aux tiers engagés par nous, et à toute autre personne ou partie qui obtient l'autorisation de toute personne soussignée.

Signature du titulaire de contrat : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Signature du cotitulaire de contrat (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Signature du bénéficiaire irrévocable (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Signature du cessionnaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Signature du conseiller (si l'autorisation de négociation limitée est au dossier) : \_\_\_\_\_

Veillez faire parvenir le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Assurance vie Équitable du Canada**

One Westmount Road North  
P.O. Box 1603 Stn. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4C7

**Télécopieur** : 519 883-7404

**Courriel** : [epargneretraite@equitable.ca](mailto:epargneretraite@equitable.ca)